

USO DA ASSOCIAÇÃO INOVAL—TIOPENTAL EM CIRURGIA OTOLÓGICA

AP 2315
Pretendemos mostrar uma técnica venosa da associação de Inoval + Tiopental sódico (barbiturato de ação rápida), juntamente com um anestésico local por infiltração. Esta técnica foi aplicada a 207 pacientes portadores de otosclerose, otite média crônica simples ou colesteatomatosa, previamente selecionados por sua patologia, e que não exigiam, neste último grupo, abertura do mastoide.

Material e Método — No período de um ano (agosto-69 a agosto-70), foram realizadas 207 anestésias, em pacientes entre 14 e 78 anos de idade, sendo 109 mulheres e 98 homens.

Do ponto de vista anestésico, seu estado físico se classificou de: I (90% dos casos) e II (10%), de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas. (1)

Medicação pré-anestésica: Foi usada, em 13 casos (pacientes maiores de 60 anos), a associação de pentobarbital sódico (Nembutal), 1-2 mg/kg de peso corporal, mais atropina 0,5 mg muscular, 45 minutos antes da cirurgia. Nos outros 194 casos (pacientes de 14 a 60 anos), usou-se a asso-

ciação de Meperidina, 1 mg/kg, mais Atropina 0,5 mg muscular, também, 45 minutos antes da cirurgia.

Indução e Manutenção da Anestesia: Em todos os casos, Inoval e como coadjuvantes tiopental sódico a 2,5%, e um anestésico local: lidocaína a 2% com adrenalina 1:80.000.

Depois de clinicamente avaliados e constatando-se não haver contra-indicação de ordem emocional, os pacientes eram previamente esclarecidos a respeito da técnica anestésica a ser empregada, e alertados quanto ao estado catatônico inicial e quanto à possível sensibilidade apática, à infiltração do anestésico local.

Feita a verificação dos sinais vitais, antes da cirurgia, fazia-se uma infusão de ringer-lactato, 500 ml. dez minutos antes do ato cirúrgico, injetava-se, lentamente, 1 ml de inoval. e logo após, três minutos antes da cirurgia, fazia-se uma dose de 25-75 mg de tiopental a 2,5%, que permitia condições hipnóticas ao paciente, já em estado de apatia mental.

Em seguida, o cirurgião procedia à infiltração com lidocaína nas paredes do conduto auditivo e da região retroauricular, se necessário.

A manutenção era feita com doses fracionadas de 0,5 cc de Inoval, ou 25-50 mg de tiopental, sendo que a quantidade total do primeiro foi de 1-3 cc, e do segundo, 50-150 mg, durante todo o ato cirúrgico. Num dos casos de mastóidectomia, fêz-se 4 cc de Inoval e 200 mg de tiopental.

A tensão arterial e a frequência respiratória foram controladas de 5 em 5 minutos, observando-se, sempre, a face do doente, para detectar, rapidamente, qualquer eventual expressão de dor.

Resultados — Dos 207 casos aqui tratados, 143 foram submetidos a timpanoplastias, 63 a estapedectomias e a mastóidectomias, com uma duração média de 65 minutos, com exceção das mastoidectomias, que duraram 160 minutos.

Todos os pacientes tiveram indução suave, sem nenhuma depressão respiratória evidente, notando-se uma excelente irrigação capilar. Em 11 casos, ocorreu diminuição da frequência respiratória, de 16 para 12 mrm, tendo-se, no entanto, mantido a mesma amplitude respiratória.

Os níveis de pressão arterial foram sempre estáveis, com excelente hemostasia cirúrgica. Notou-se, em 5% dos casos, na indução, ao fazer-se a dose de tiopental, pequena queda da tensão arterial (5-10% da inicial) que, após 3-5 minutos, recuperou sua estabilidade.

Em 3 casos, com frequência cardíaca inicial reduzida houve, durante o trans-anestésico, acentuação da bradicardia, o que nos levou a injetar 0,25 mg de Atropina muscular.

A recuperação dos pacientes se produziu com a presença de todos os reflexos, sem náuseas nem vômitos, com exceção de um caso, que foi debelado com o uso de metoclopramida (Plasil), empregado rotineiramente no pós-operatório imediato. Não houve agitação nem manifestações extrapiramidais, nem tampouco, secreções.

Em 10% dos casos, se manifestaram efeitos muscarínicos, com bradicardia na sala de recuperação. Exercícios respiratórios profundos e/ou atropina 0,25 mg (muscular ou venosa), fizeram regredir estas manifestações.

A associação destas drogas foi considerada muito eficiente para a cirurgia otológica, pelas seguintes razões:

- 1 — Fácil controle da técnica e adequação a todos os pacientes, excetuando-se os casos de mastóidectomia.
- 2 — Máxima analgesia e neurolepsia, com mínima toxicidade hepato-renal.
- 3 — Grande margem de segurança com o uso de doses fracionadas e moderadas.
- 4 — Indução suave e ausência de náuseas, vômitos e secreções.
- 5 — Excelente hemostasia no campo operatório, principalmente nos casos de otosclerose.
- 6 — Recuperação rápida, com todos os reflexos presentes, sem complicações no trans e no pós-anestésico imediato.
- 7 — Ausência de complicações audiológicas, já verificadas com o uso do óxido nítrico associado ao inoval, que provoca a surdez de condução. ^(2,3,4).
- 8 — Técnica econômica para o nosso meio.

REFERÊNCIAS

1. Dripps, R. D., Eckenhoff, J. E., Vandam, L. D. — Introduction to Anesthesia: the principles of safe practice. 2nd. edition, W.B.S. Co. USA, 1961.
2. Matz, G. J., Rattenborg, C. C., and Holiday, D. C. — Effects of Nitrous Oxide on Middle Ear Pressure. *Anesthesiology*, 28:948, 1967.
3. Rasmussen, P. E. — Middle Ear and Maxillary Sinus during Nitrous Oxide Anesthesia. *Acta Otolaryng.* 63:7, 1967.
4. Waun, J. E., Sweitzer, R. S., Hamilton, W. K. — Effect of Nitrous Oxide on Middle Ear Mechanics and Hearing Acuity. *Anesthesiology*, 28:846, 1967.

DR. OSCAR MONTOYA GOMEZ
Médico Anestesiologista da Clínica Otológica de
Pôrto Alegre — RGS.